

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°

67

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Décembre 1905, à 1 h.

PAR

D. KLEYMAN

De la Périgastrite adhésive et de son Traitement Chirurgical

Président : M. SEGOND, professeur

Juges { *MM. PINARD, professeur*
MAUCLAIRE, agrégé
WALLICH, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie		P. POIRIER
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
Clinique médicale	}	HAYEM
		DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		LE DENTU.
Clinique chirurgicale	}	TILLAUX.
		TERRIER.
		BERGER.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDÉAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Faible hommage de reconnaissance
et de profond amour filial.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SECOND

Qui a bien voulu nous confier la remarquable observation qui fait l'objet de cette étude. Je le prie d'agréer avec l'expression de toute ma reconnaissance, l'hommage de ce modeste travail.

MONSIEUR LE DOCTEUR MERKLEN

Médecin des Hôpitaux.

Dans ses savantes leçons, j'ai vu que les malades n'étaient pas seulement des sujets d'observations utiles à la science, mais avant tout, des malheureux dignes de toute notre sollicitude, de toute notre affection. Je garderai avec soin l'impression profonde que j'ai reçue par son enseignement et je m'appliquerai à suivre toujours ses conseils.

MONSIEUR LE DOCTEUR BALLET

Professeur agrégé.

Je lui dois tout ce que je sais sur cette pathologie mentale si vaste et si difficile à la fois.

Je n'oublierai jamais cette année passée dans son service à l'Hôtel-Dieu sous le charme de son enseignement.

Qu'il veuille bien accepter l'expression de ma reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE

La Périgastrite adhésive

et de son Traitement Chirurgical

INTRODUCTION

Au cours et à la suite d'inflammations des viscères abdominaux, il arrive fréquemment que le péritoine de voisinage réagit par la formation d'*adhérences* autour des organes lésés ; ces adhérences périviscérales constituent souvent une réaction très salutaire, elles limitent le processus inflammatoire, et le rôle de défense des adhérences périappendiculaires, périsalpingiennes, périovariennes, etc., est bien connu aujourd'hui.

Mais il arrive aussi que ces adhérences sont le point de départ de troubles graves qui persistent après la guérison du viscère.

Ces troubles secondaires ne sont bien connus que depuis la pratique courante de la laparotomie, C'est,

en effet, au cours des interventions abdominales qu'on a pu étudier la douglossite, les adhérences péritonéales au niveau du petit bassin à la suite d'inflammations de l'utérus et des annexes ; les adhérences périappendiculaires et péricœcales à la suite d'appendicite.

Les brides péritonéales ou épiploïques provoquant des phénomènes d'étranglement intestinal, les péritonites adhésives péribiliaires, etc., sont autant de lésions parfaitement étudiées depuis le grand essor pris par la chirurgie abdominale.

Parmi les troubles provoqués par les adhérences péritonéales, il en est pourtant, qui sont moins bien connus ; nous voulons parler des troubles causés par les *adhérences périgastriques*.

Les ouvrages classiques en parlent à peine ; ainsi dans les traités de Debove et Achard, de Brouardel et Gilbert, de Charcot et Bouchard, on ne consacre aucun chapitre à ce sujet ; à peine trouvons-nous quelques lignes dans le *Traité des maladies de l'estomac* de Mathieu (1) et dans celui de Soupault (2). Et pourtant Cruveilhier avait bien vu la lésion (3).

Et dans les *Cliniques* de Trousseau (4), de même que dans le *Traité des Maladies digestives* de Damas-

1. Mathieu. *Tr. des maladies de l'estomac et de l'intestin*. Paris, 1901.

2. Soupault. *Tr. des maladies de l'estomac*. Paris, 1905.

3. Cruveilhier. *Traité d'Anat. Path.* 1862.

4. Trousseau. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*.

chino, on parle de périgastrite ; ce dernier auteur a même vu un des côtés les plus intéressants de l'histoire clinique de la périgastrite, à savoir la difficulté de diagnostic de certaines périgastrites d'avec le cancer de l'estomac.

« Parfois la palpation permet de découvrir une tumeur à laquelle il faudra prêter la plus grande attention ; il se peut en effet que des adhérences périgastriques donnent la sensation d'une tumeur résistante.

« On a même prétendu (mais cette assertion est discutable) que l'on pouvait sentir à travers les parois abdominales les bords indurés de l'ulcère.

« De toute manière la constatation d'une rénitence épigastrique rend une grande circonspection nécessaire » (1).

D'autres auteurs ont vaguement parlé de périgastrite, Brinton (2), Bouveret (3). Mais en général on peut dire que cette question a été complètement délaissée, jusqu'au jour où la chirurgie de l'estomac est entrée dans la pratique courante et particulièrement jusqu'au jour où la chirurgie a osé entreprendre la guérison opératoire de l'ulcère de l'estomac.

Or, la première intervention pour ulcère date à peine de vingt-trois ans (4) : c'est en 1882, en effet, que Ryd-

1. Damaschino. *Mal. de voies digestives*. Paris, 1880.

2. Brinton. *Traité des maladies de l'estomac*, 1870. Traduction Ryant.

3. Bouveret. *Traité des maladies de l'estomac*, 1893.

4. Rydgier. *Die erste Magenresection beim Magengeschwür*. Berl. Kl. Woch., 1882, n° 3.

gier intervient dans un cas d'ulcère avec hématomèse par la cautérisation de l'ulcère suivie de pyloroplastie. Six ans après, Loretta (1) est amené pour la première fois à intervenir dans un cas d'adhérences périgastriques, cause de troubles dyspeptiques et de douleurs. L'opération fut suivie d'un résultat immédiat excellent, mais ultérieurement les troubles reparurent, probablement à cause de la formation de nouvelles adhérences.

Quelques mois après Loretta, Billroth (2) fut plus heureux : après avoir *sectionné des adhérences*, il réséqua une portion de la paroi antérieure de l'estomac et le résultat fut de tout point excellent.

Dès cette époque les interventions pour ulcère se multiplient à l'étranger ; en France les chirurgiens se sont longtemps abstenus d'intervenir. C'est à Doyen (3) qu'on doit la première tentative en France ; le 9 mai 1892, ce chirurgien pratiqua chez une femme de 35 ans, une pyloroplastie, suivie de récidence ; celle-ci nécessita ultérieurement une gastro-entérostomie, suivie d'un succès complet.

C'est aussi Doyen qui fit l'année suivante la première opération en France dans un cas d'adhérences périgastriques, suite d'ulcère de l'estomac.

L'opération, faite le 19 juillet 1893, consista en

1. Loretta. *Codivilla Gazzetta degli Ospitali*, sept. 1888.

2. Billroth, *In von Eiselsberg, Archiv. für Klin. Chirurgie*, 1892, p. 674.

3. Doyen, *in Thèse Marion*, Paris, 1897, p. 13.

une libération très pénible de l'estomac adhérent au foie et au côlon, complétée d'une gastro-entérostomie, opération suivie d'un succès complet.

En 1894 (1) le professeur Terrier porte la question devant la Société de chirurgie à propos d'un cas d'adhérences périgastriques ayant donné lieu à une tumeur prise cliniquement pour un cancer.

L'opération faite le 11 mars 1893 consista en une simple section des fortes adhérences qui réunissaient la petite courbure à la face profonde de la paroi abdominale ; le succès fut parfait.

A partir de ce moment les travaux consacrés à la périgastrite se multiplient, nous en citerons plusieurs au cours de notre travail ; mentionnons dès maintenant la communication de Guelliot au congrès français de chirurgie (2), la thèse de Dupouy (3), inspirée par M. Merklen, et les thèses de Bouquet de la Jolinière (4), de Pinatelle (5), de Langlais (6), enfin la *Revue générale* de Vautrin de Nancy (7).

Au premier congrès international de chirurgie tenu récemment à Bruxelles, M. le professeur Segond a communiqué une observation remarqua-

1. Terrier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1894, p. 424.

2. Guelliot. Congrès français de chirurgie, 1896.

3. Dupouy. Thèse, Paris, 1898.

4. Bouquet de la Jolinière. Thèse, Lyon, 1896.

5. Pinatelle. Thèse, Lyon, 1902.

6. Langlais. Thèse, Lyon, 1902.

7. Vautrin de Nancy. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1903.

ble de périgastrite à forme de tumeur et où le diagnostic de cancer avait été porté par plusieurs cliniciens. L'intervention faite par M. le professeur Segond démontra qu'il s'agissait d'un cas de périgastrite et la libération des adhérences fit cesser tous les troubles.

Nous publions cette intéressante observation en tête de notre modeste étude, et en remerciant M. le professeur Segond d'avoir bien voulu nous la confier afin de servir comme point de départ de notre humble travail.

Il s'agit d'un homme de 40 ans que M. le professeur Segond a opéré il y a sept ans, et qui actuellement se porte toujours bien. A ce moment, il présentait tous les signes d'un cancer, était très amaigri, vomissait presque constamment, ne pouvait manger que peu à la fois et ne digérait ce peu que lorsqu'il restait couché sur le côté.

Le début de la maladie remontait à douze ans, à ce moment il avait des douleurs trois heures après le repas et une constipation marquée. Au bout de six ans du même état, il eut une hémorragie avec malaises, symptômes d'anémie aiguë. Il se remit, éprouva même à ce moment une certaine amélioration dans son état, mais au bout de trois ou quatre mois il recommença à avoir des symptômes digestifs pénibles compliqués de crises douloureuses intenses que l'on étiqueta accidents hépatiques et pour lesquels on lui fit faire quatre saisons à Vichy.

Lorsque M. le professeur Segond ouvrit le ventre,

il ne put au premier moment rien reconnaître. Tout le champ opératoire était occupé par un tablier graisseux, au-dessous duquel on apercevait, dans une petite étendue, le foie. Il commença par décoller de ce foie la masse graisseuse épiploïque : ce qui ne se fit pas sans déterminer un saignement assez abondant. A un moment, brusquement l'estomac se détacha et reprit sa place. Il était retourné de 90°, et une fois l'épiploon libéré il retomba en situation normale et apparut à l'examen absolument sain. L'opération était dès lors terminée. On referma la plaie, faisant à droite une contre-ouverture, par laquelle sortait une mèche de gaze tamponnant la surface saignante de la face convexe du foie. Comme l'opération remonte à sept ans, que depuis ce moment le malade n'a présenté aucun trouble, on peut dire qu'il est bien guéri.

ETIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

De toutes les maladies de l'estomac c'est l'ulcère qui provoque le plus souvent la formation d'adhérences ; aussi y insisterons-nous, nous bornant à mentionner à la fin de ce chapitre les périgastrites d'origines autres qu'ulcéreuse.

On peut dire que chez tous les malades l'évolution de l'ulcère de l'estomac retentit plus ou moins sur le péritoine gastrique, et les nombreuses interventions chirurgicales montrent que presque toujours autour du point où siège l'ulcère on trouve quelques adhérences ; seulement, le plus souvent ces adhérences sont peu développées, minces, filamenteuses, elles se déchirent facilement et ne donnent pas lieu à des troubles quelconques.

Si l'ulcère est bénin, si sa cicatrisation est rapide et complète, ces adhérences molles et minces finissent par se résorber sans laisser de traces tout comme se résorbent les adhérences péritonéales du petit bassin, de la région iléo-appendiculaire, lorsque le processus originel a été bénin et de courte durée.

Mais lorsque l'évolution de l'ulcère est longue, lorsque le processus ulcératif est intense, alors la réac-

tion de défense du péritoine est plus intense aussi, et les adhérences périgastriques, fortes, épaisses, constituent, une fois formées, des lésions définitives, provoquant des troubles souvent graves et nécessitant une intervention chirurgicale appropriée.

Les adhérences périgastriques par suite d'ulcère de l'estomac peuvent survenir dans des circonstances très variables et à des phases différentes de l'évolution de l'ulcère.

Une de ces modalités, la plus anciennement connue, c'est la périgastrite au cours de la *perforation de l'ulcère*. Si cette perforation est brusque, si elle n'est pas précédée d'un processus réactionnel de défense de la part du péritoine, la perforation provoque une péritonite suraiguë à terminaison rapidement mortelle.

Mais le plus souvent, la séreuse autour de la lésion réagit, elle s'accole à la surface péritonéale avec laquelle elle est en contact, des adhérences se forment et si la perforation se produit, la péritonite est *localisée, limitée* presque toujours en haut par le diaphragme, en bas par l'estomac et les *adhérences péritonéales qui de l'estomac vont au foie, au colon*. Ces péritonites localisées guérissent très souvent ; mais les adhérences restent et peuvent provoquer des troubles graves bien longtemps après la guérison de l'abcès sous-phrénique et de l'ulcère causal lui-même.

Il est une autre variété d'adhérences développée au cours de l'évolution de certains ulcères et qui

est très intéressante par la lésion qu'elle contribue à constituer : je veux parler de la périgastrite comme facteur de production de *l'estomac biloculaire*.

L'ulcère est la cause par excellence de l'estomac biloculaire ; celui-ci est dû en général à une cicatrisation d'un ulcère large, profond et situé au niveau de la grande courbure de l'estomac.

« A la rétraction des parois due à la cicatrice s'ajoute souvent la présence d'adhérences de l'organe soit au foie, soit à la paroi abdominale, et si ces adhérences ne jouent pas un rôle *direct* dans la production de la forme en bissac de l'organe, elles n'en ont pas moins une influence considérable sur le degré de rétrécissement en imprimant à l'une des deux portions de l'estomac, dans la majorité des cas à la portion pylorique, une torsion autour de l'axe qui contribue encore à augmenter l'occlusion du canal de communication. » (Marion. Thèse Paris, 1897, p. 45).

Et voici un exemple typique d'estomac biloculaire avec adhérences périgastriques :

G... Jeanne, 38 ans. Ulcère de l'estomac avec ses symptômes classiques.

Amélioration suivie bientôt d'une recrudescence des accidents ; ceux-ci provoquent à la longue une cachexie progressive à laquelle la malade succombe le 13 mars 1896.

Autopsie le 15 mars. « A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve un estomac situé entièrement à gauche de la colonne vertébrale. Le pylore était sur la ligne médiane. A la partie moyenne de l'estomac, un rétrécissement très prononcé lui

donne la forme biloculaire. Au niveau du rétrécissement, *une adhérence très solide avec la paroi abdominale antérieure.*

La poche cardiaque ou supérieure est très volumineuse, distendue qu'elle est par des liquides et surtout par des gaz. Elle soulève le diaphragme jusqu'au-dessous de la troisième côte. La poche pylorique est de dimensions moins considérables. De nombreux ganglions dans l'épiploon gastro-hépatique. Le point maximum du rétrécissement était situé à 3 centimètres en dedans et au-dessous de la dixième côte. » (1).

Voilà donc deux variétés d'adhérences se développant l'une, au voisinage d'un ulcère en train de se perforer pour limiter l'étendue de l'abcès périgastrique, l'autre autour d'un ulcère de la grande courbure et contribuant à la déformation en bissac ou en sablier de l'estomac.

Nous arrivons maintenant à l'étude du groupe le plus important, celui qui nous intéresse directement, je veux parler de la périgastrite consécutive à l'ulcère normalement situé et en voie de cicatrisation.

1. Thèse Marion. Paris, 1897, p. 48.

Fréquence. — On n'est pas d'accord sur la *fréquence* des adhérences périgastriques par suite d'ulcère.

Brinton (1) les a vues 27 fois sur 57 cas d'ulcère, soit dans 38 o/o des cas. Mais ce chiffre est évidemment trop élevé, à moins que Brinton n'ait compris dans sa statistique tous les cas d'adhérences légères, filamenteuses qui n'ont pas d'histoire clinique et ne dictent pas d'intervention chirurgicale.

Siège. — L'étendue des adhérences, leur siège, leur structure sont très variables.

Le plus souvent la périgastrite se développe au *voisinage même* de la lésion causale ; mais il arrive aussi, que le péritoine réagisse à une distance très variable et souvent très grande de l'ulcère. Il se peut dans ces cas que l'ulcère ait été le point de départ d'une gastrite étendue et que les adhérences soient en rapport avec la gastrite ; peut-être la lésion péritonéale se propage-t-elle par la voie lymphatique.

Quoi qu'il en soit, l'importance, la structure de ces adhérences varient beaucoup d'un cas à l'autre et

1. Brinton. *Maladies de l'estomac*, 1870.

on peut à cet égard, diviser les périgastrites en trois groupes :

a) Dans un premier groupe les adhérences sont lâches, minces ; elles se distendent à la longue sous l'influence des mouvements de l'estomac, c'est le groupe le plus bénin.

b) Dans un deuxième groupe, il faut ranger les adhérences *longues mais fibreuses*, épaisses. Ce sont des tractus denses, « durs comme du bois », dit M. Championnière (1), unissant l'estomac aux organes voisins et qui par leur épaisseur, leur persistance, peuvent être le point de départ de compressions, d'étranglement intestinal ou des voies biliaires, sans parler des troubles gastriques qu'ils provoquent.

c) Enfin dans un troisième groupe il faut ranger les adhérences intimes sur *une large surface* de l'estomac avec les organes qui l'entourent ; ce sont les cas de *symphyse gastrique*, particulièrement graves, ne laissant à l'estomac aucune liberté de mouvement, empêchant le péristaltisme et commandant toujours une intervention chirurgicale.

Siège. — Brinton, dans 22 cas de périgastrite a trouvé 15 fois des adhérences de l'estomac au pancréas, 5 fois des adhérences de la petite courbure et du pylore au foie, une fois avec la rate, 1 fois avec le mésentère.

Hale White (2), dans un travail très documenté

1. Championnière, *Bull. Soc. de chir.*, 31 octobre 1894,

2. Hale White, *The Lancet*, 1901.

sur ce sujet a dressé un tableau du siège des adhérences par ordre de fréquence.

On y voit que le pancréas est intéressé dans 40 o/o des cas, le foie seul dans 26 o/o, le pancréas et le foie dans 8 o/o, le côlon dans 5 à 6 o/o, la rate dans 1 à 2 o/o, le mésentère dans 2 à 3 o/o. Les adhérences polyviscérales se rencontraient dans la proportion de 12 à 13 o/o des cas.

Comme on le voit, ces deux auteurs notent la grande fréquence des adhérences qui réunissent l'estomac au pancréas ; c'est ce qui s'explique par le siège le plus fréquent de l'ulcus ; il s'agit presque toujours d'une symphyse limitée siégeant au niveau de la portion rétro-stomacale qui avoisine le pylore là où se trouvent des organes importants de la région : vaisseaux pancréatico-duodénaux, nerfs émanant du plexus solaire, chylifères, enfin les canaux cholédoque et pancréatique ; on conçoit les troubles que provoquera une adhérence gastro-pancréatique dans une région où passent tant d'organes importants.

Bien que nous étudierons presque exclusivement la périgastrite de l'ulcère rond de l'estomac, il est indiqué de passer rapidement en revue les *autres causes de périgastrites*.

La *gastrite scléreuse* à laquelle Brinton a donné le nom de *limite plastique* peut s'accompagner de périgastrite. Dans un cas étudié par Hanot et Gombault (1) il y avait un épaissement considérable

1. Etude sur la gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et rétro-péritonéale, *Arch. de physiol.*, p. 412, 1882.

du péritoine, une véritable rétro-péritonite calleuse. Le tissu fibreux avait même envahi le hile du foie. Le canal cholédoque se trouvait complètement obli-téré.

Dans un cas analogue observé par M. Mathieu (1) « il y avait une induration sous-péritonéale étendue à toute l'insertion du mésentère, et, de ce fait, une sorte de tumeur dure, homogène, compacte, allongée le long de la colonne vertébrale ».

Un malade de Bouveret, atteint de limite plasti-que, épuisé par les progrès de la cachexie, succomba à l'obstruction intestinale produite par la péritonite calleuse. Mais jusqu'à ce jour cette périgastrite cal-leuse n'a jamais encore tenté le chirurgien.

Le cancer de l'estomac produit très souvent de la périgastrite : Les adhérences sont alors ou cancé-reuses ou purement inflammatoires.

« Elles se font naturellement, surtout avec les organes situés dans le voisinage immédiat de la tumeur principale primitive. C'est pourquoi, à l'au-topsie du cancer de l'estomac il n'est pas rare de rencontrer des masses volumineuses qui résultent de l'agglomération de divers organes, de noyaux cancéreux plus ou moins volumineux et de *fausses membranes*.

Ces adhérences, ces agglomérations sont difficile-ment perçues par l'examen clinique.

1. *Traité de Médecine Charcot Bouchard*, 1^{re} éd., T. III, p. 312.

Ces adhérences empêchent la perforation ; la mort par péritonite aiguë est ainsi beaucoup plus rare que dans l'ulcère rond.

Cette péritonite secondaire peut donner lieu aux combinaisons anatomo-pathologiques et cliniques les plus diverses. Tantôt ce sont des masses espacées et dures, tantôt des loges remplies de liquide séreux ou purulent, tantôt une ascite véritable qui nécessite la ponction (1).

Le *traumatisme de l'estomac* peut déterminer à la surface de cet organe l'apparition d'exsudats. En premier lieu il faut citer le *traumatisme chirurgical*. Depuis que les opérations sur l'estomac se pratiquent sur une large échelle, les chirurgiens ont dû souvent intervenir de nouveau, quelque temps après l'acte opératoire pour des troubles dus au développement d'adhérences situées au niveau et dans le voisinage de la région opérée.

Mais le traumatisme accidentel peut aussi provoquer la péricastrite, témoin le malade dont l'histoire a été relatée par Guelliot au Congrès de chirurgie de 1896 (2).

La *tuberculose de l'estomac* dont MM. Ricard et Chevrier viennent de publier une étude très remarquable (3) peut être le point de départ d'une péricastrite.

La péricastrite peut se développer à la suite de lésions *extrinsèques* à l'estomac.

1. Mathieu, in *Tr. de Méd. Charcot-Bouchard*, 1^{re} éd., t. III, p. 368.

2. Guelliot. Congrès français de chirurgie, 1896, p. 436.

3. Ricard et Chevrier, *Rev. de Chir.*, 1905.

En premier lieu il faut citer les inflammations *des voies biliaires*. Au cours des interventions dans des cas de cholécystite, il arrive fréquemment de trouver des adhérences, qui englobent le cholédoque, la vésicule biliaire, le pylore et une partie des faces de l'estomac.

Ces adhérences peuvent être la cause d'un véritable étranglement du pylore avec obstruction de l'estomac. Tuffier et Marchais (1) ont bien étudié ces cas. On observe à la suite des inflammations des voies biliaires deux ordres de faits : tantôt les adhérences attirent l'extrémité inférieure de l'estomac et le duodénum et produisent un rétrécissement du pylore par *coudure*, comme on le voit dans les deux cas de Riedel (1) ; dans l'un, « l'autopsie fait voir une adhérence rigide entre la partie droite de la petite courbure et le foie ». L'estomac est fixé très haut à droite et coudé à angle aigu. Dans l'autre « le foie est lisse et le pylore et le duodénum sont attirés jusqu'au hile et fixés par un tissu dur avec nodules ; il y a coudure du duodénum ».

Tantôt au contraire il s'agit d'une bride qui étrangle l'estomac dans la région pylorique, mais ces cas sont beaucoup plus rares.

La périgastrite peut s'observer à la suite de l'*ulcère du duodénum*, de certaines inflammations chroniques du pancréas. Enfin, la tuberculose péritonéale

1. Tuffier et Marchais, *Revue de chirurgie*, 1897 ; Riedel, *Arch. f. Klin. Chir.*, LXLVII.

en se cantonnant à l'étage supérieur de l'abdomen peut donner lieu à la formation de fausses membranes étendues entre la paroi abdominale et l'estomac avec ou sans ascite cloisonnée.

Pathogénie des troubles provoqués par les adhérences périgastriques.

Nous laissons de côté les troubles provoqués par la maladie causale, ulcère, cancer, etc., et ne nous occupons que des troubles digestifs ou autres provoqués par les adhérences proprement dites. Ces troubles sont surtout provoqués par des adhérences de *la face antérieure* de l'estomac. L'estomac bridé par ces adhérences est *tirillé* dans chacun de ses mouvements, d'où l'apparition de phénomènes douloureux. On sait depuis longtemps combien les tiraillements, même minimes, sont pour l'estomac une cause de gêne. Dans les hernies épiploïques avec adhérences de l'épiploon hernié au sac, on observe fréquemment des douleurs d'estomac, la perte de l'appétit, l'amaigrissement, des nausées, accidents éprouvés particulièrement après le repas, lorsque l'estomac se trouve rempli d'aliments. L'influence pathologique des tiraillements sur l'estomac a été très bien mise en relief par le Dr Bary dans une communication faite à la Société de chirurgie (1).

1. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 31 octobre 1894.

Dans un premier fait, dit ce chirurgien, il s'agissait d'une dame de trente-neuf ans, auprès de laquelle il fut appelé pour des accidents d'étranglement herniaire datant de la veille. Cette dame était, depuis plusieurs années, soignée pour son estomac ; elle avait consulté plusieurs médecins qui lui avaient ordonné, sans aucun succès toutes espèces de régimes et de médicaments ; elle vomissait presque continuellement et était arrivée à ne plus rien supporter, même le lait : elle était effectivement très anémiée et très maigre.

L'estomac était très dilaté.

Opération. — On trouve un étranglement à vive arête, la pointe d'intestin hernié est réduite. Mais on trouve en même temps une frange épiploïque adhérente au fond du sac ; elle est réséquée après ligature.

Après l'opération, disparition complète des troubles gastriques.

« Je ne puis m'empêcher, ajoute l'auteur, d'établir une relation entre la destruction de cette adhérence épiploïque et ce retour à la santé, j'avais fait cesser les tiraillements de l'estomac ; j'avais guéri cette dilatation mécanique de l'estomac. »

« Dans un deuxième cas il s'agit d'une malade atteinte d'un kyste de l'ovaire. La laparotomie fait découvrir des adhérences entre le grand épiploon et le kyste ovarique. La malade qui avant l'opération avait présenté des troubles gastriques intenses, fut guérie de ces troubles.

Les observations de ce genre sont très nombreuses; chaque fois que l'épiploon est adhérent soit à une tumeur, soit à des annexes inflammées, soit au sac d'une hernie, il tire le l'estomac et alors apparaissent des troubles gastriques plus ou moins intenses.

Or il y a analogie complète entre ces faits et les tiraillements produits par les tractus péritonéaux qui font adhérer l'estomac au foie, au diaphragme, à la paroi abdominale.

Dès que l'estomac par suite d'un repas *se distend*, les tiraillements apparaissent et aussi les phénomènes douloureux ; les adhérences ne gênent pas uniquement *la distension* mais aussi les *mouvements péristaltiques* que nécessite le brassage des aliments.

La poussée des aliments de l'estomac vers le duodénum se trouve empêchée, d'où leur accumulation dans la cavité gastrique, source nouvelle de souffrances. C'est ce qui nous explique, ainsi que nous le verrons en étudiant la symptomatologie de la périgastrite, pourquoi les douleurs dont se plaignent les malades augmentent après l'ingestion des aliments; elles cessent d'ailleurs sous l'influence d'un vomissement, ce qui est encore une confirmation du mécanisme que nous venons d'invoquer.

Les adhérences périgastriques agissent sur les fonctions digestives d'autres façons encore.

Les tiraillements incessants auquel est soumis

l'estomac peuvent amener une *distension* mécanique permanente.

Bien que la fréquence de la dilatation dans la périgastrite ait été exagérée par certains auteurs, notamment par Bouquet de la Jolinière (1) qui affirme « qu'elle existe à peu près chez tous les malades, il n'est pas moins vrai que dans certains cas la dilatation existe et Ebstein (2), Clifffart-Allbutt (3) ont insisté sur le rôle des adhérences comme facteur étiologique de dilatation. Cette distension est *directe*, nous voulons dire que les adhérences des faces et des courbures produisent *directement* l'ectasie par les tiraillements auxquels ils exposent l'estomac.

Dans d'autres cas les adhérences interviennent *indirectement* comme facteur de dilatation, par exemple lorsque les exsudats siègent au niveau du pylore.

La pylore est alors immobilisé; et si les adhérences sont épaisses, scléreuses, elles rétrécissent la lumière du pylore et ce d'autant plus que ces adhérences péripyloriques se développent de préférence au cours de l'évolution d'un ulcus qui siège près ou au niveau du pylore. On se trouve alors dans les conditions d'une sténose pylorique banale avec dilatation de l'estomac.

1. Bouquet de la Jolinière. Thèse Lyon, 1896, p. 28.

2. Ebstein, *Deutsche Archiv. für Klin Med.*, Bd. XXVI, 188.

3. J. Clifffart-Allbutt, *British Med. Journal*, février 1880.

Enfin les adhérences peuvent encore être la cause de troubles digestifs en déterminant un *changement de l'axe de l'estomac*. C'est ce qui est arrivé dans le cas de M. le professeur Segond où l'estomac avait fait une rotation de 90° degrés autour du grand axe ; c'est ce qui est arrivé aussi dans le cas de Mikulicz (1).

Comme on le voit, les conditions dans lesquelles se trouve placé l'estomac entouré d'adhérences sont très complexes ; chacun des mécanismes que nous venons d'invoquer intervient, pour sa part, d'une façon plus ou moins prépondérante selon les cas ; et ces changements dans la mobilité, le volume, dans la forme, dans la situation de l'organe sont la cause des troubles qu'on constate et la preuve que ce sont bien les brides et les adhérences qui déterminent les troubles, c'est que chez la plupart des malades les symptômes morbides disparaissent après une intervention au cours de laquelle on n'a fait que détruire les adhérences.

Tableau clinique.

Il faut envisager dans l'étude clinique de la périt-gastrite, deux formes principales.

Dans un premier groupe il faut ranger tous les cas où les adhérences évoluent surtout autour du *pylore* ;

1. Mikulicz. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1897.

ces adhérences lorsqu'elles sont très développées, dures, scléreuses, contribuent, en même temps que la lésion causale — le plus souvent un ulcus du pylore — à la production d'un rétrécissement de l'orifice pylorique. Le tableau clinique est alors celui de la *sténose pylorique* ; or cette sténose est aujourd'hui parfaitement connue dans ses modalités cliniques, et son traitement chirurgical par la gastro-entéroanastomose est aujourd'hui admis par tous les cliniciens. Aussi laisserons nous complètement de côté ce groupe et n'envisagerons-nous dans notre étude clinique que les périgastrites en dehors des sténoses du pylore. Dans la très grande majorité des cas la périgastrite succède à l'ulcus. Il y a donc dans le passé clinique des malades toute une période où on a pu observer les signes classiques de l'ulcère, avec ses différentes modalités.

Dans les observations que nous résumons à la fin de cet ouvrage nous avons pu relever toutes les formes cliniques de l'ulcère : forme hémorragique, gastralgique, vomitive, cachectique, etc., et il est impossible de dire si telle forme d'ulcère prédispose plus au développement d'adhérences que telle autre.

Puis, après une période plus ou moins longue où le diagnostic d'ulcère s'impose, souvent après une trêve de quelques mois, de quelques années même, apparaissent de nouveaux signes imputables ceux-ci à la périgastrite proprement dite.

Ce sont parmi les symptômes fonctionnels : *des douleurs et des vomissements*.

Les *douleurs* dont se plaignent les malades atteints de péricarite adhésive demandent à être analysées avec soin, car elles n'ont rien de pathognomonique et c'est plutôt par des nuances et par le groupement de certains de leurs caractères qu'on arrive à les différencier des autres gastralgies.

La douleur est souvent très *profonde, paravertébrale* ; les malades se plaignent de souffrir dans le *dos* et cette localisation est surtout en rapport avec des adhérences de la paroi postérieure de l'estomac au pancréas. Lorsque les adhérences intéressent la paroi antérieure de l'estomac, la douleur abdominale est plus superficielle.

A la vérité cette distinction entre douleurs profondes — symptomatiques de symphyse postérieure — et superficielles — ressortissant à une symphyse antérieure — n'est pas d'une grande utilité pratique, car très souvent les adhérences sont développées au niveau des deux faces de l'estomac et d'autre part les malades ne sont pas toujours à même d'indiquer d'une façon précise le point le plus douloureux.

En revanche, les caractères tirés de l'intensité des douleurs ont plus de valeur. A l'encontre de ce qu'on voit dans l'ulcère où la douleur est aiguë et coïncide surtout avec l'ingestion des aliments, la douleur dans la péricarite est *presque continue*.

Son *intensité* est variable ; dans la majorité des cas les malades se plaignent d'une sensation de *pesanteur, de constriction épigastrique*.

Cette douleur s'exagère après les repas ; mais

l'exacerbation des douleurs n'a aucun rapport avec *la nature* des aliments absorbés.

On sait combien les malades atteints d'ulcère voient leur douleur diminuer lorsqu'ils sont soumis à un régime sévère ; dans la périgastrite, rien de pareil ; les douleurs augmentent après le repas, quels que soient les aliments ingérés. C'est en effet le péristaltisme stomacal qui engendre la douleur et elle ne cède ni à l'amélioration du régime ni à l'administration de calmants.

Chez certains malades la douleur, qu'elle soit survenue à jeun ou après le repas, s'accuse lorsque les malades se tiennent debout, lorsqu'ils marchent ou qu'ils font des efforts. Le malade de M. Merklen (obs. XVIII) accusait nettement une aggravation des douleurs dans la station debout, il en est de même chez le malade de M. Vautrin (obs. X) et chez beaucoup d'autres.

Cette aggravation s'explique par les tiraillements que subit l'estomac, lorsque celui-ci adhère au diaphragme, à la paroi antérieure de l'abdomen et à la face inférieure du foie.

Chez d'autres malades la douleur s'exagère, surtout lorsqu'ils renversent le corps en arrière. Lorsque ces adhérences sont étendues, la marche devient impossible et les malades restent le plus souvent étendus ou adoptent une position qui relâche les parois de l'abdomen.

C'est ainsi que certains malades marchent le corps

courbé en avant en évitant les secousses de la marche et les moindres efforts.

En général la douleur est *localisée* à la région épigastrique et ombilicale mais on observe parfois des *irradiations* dues aux viscères qui participent à la symphyse.

C'est ainsi qu'on observe parfois des irradiations à l'épaule droite et à la région interscapulaire lors d'adhérences de l'estomac au foie, des irradiations costales, cervicales et *précordiales* lors d'adhérences étendues au diaphragme; nous avons déjà parlé des douleurs profondes, lombaires, indiquant des adhérences au pancréas.

Des coliques vives peuvent s'observer lorsqu'une anse d'intestin participe à la symphyse.

Outre la pesanteur continue, à vide, et les douleurs après ingestion des aliments, on observe quelquefois dans la périgastrite des *paroxysmes douloureux* n'ayant aucun rapport avec le régime alimentaire et dus à de *nouvelles poussées* de péritonite plastique. Un des malades de M. Tournier (1) « ressent assez fréquemment une douleur brusque dans le sein gauche avec parfois des irradiations ». Celles-ci ont fait croire qu'il s'agissait de coliques hépatiques et ont nécessité par leur intensité des injections répétées de morphine. Or, ces crises douloureuses étaient dues à autant de poussées de périgastrite.

Quoi qu'il en soit des modalités diverses de la dou-

1. Thèse Langlais, Lyon, 1902, p. 63.

leur, celle-ci une fois installée résiste à toute *médication*.

La chronicité, la subcontinuité et la résistance des douleurs au traitement constituent chez un malade qui a autrefois présenté des signes d'ulcère le meilleur phénomène clinique plaidant en faveur du diagnostic de la péricarite.

Vomissements. — Les vomissements qu'on observe dans la majorité des cas ont le même caractère de variabilité que les phénomènes douloureux.

Ils surviennent tantôt à jeun dès que le malade se lève et consistent alors dans le rejet d'eau acide mélangée à des glaires ou du mucus, tantôt ils surviennent après les repas. Dans les péricarites étendues l'intolérance gastrique est absolue, les aliments sont rejetés en totalité et les malades se cachectisent très rapidement.

En général, *l'appétit* est conservé et très souvent le contraste est frappant entre la conservation de l'appétit et la cachexie des malades.

Ajoutons encore comme symptômes presque constants, la constipation, la diminution de la quantité des urines et l'absence totale de fièvre.

Ainsi que nous l'avons indiqué en faisant l'étude anatomo-pathologique de la péricarite, la dilatation serait pour certains auteurs très fréquente.

Dupouy (1) pense que la stase alimentaire et le clapotage stomacal à jeun sont d'observation cou-

1. Dupouy, *loc. cit.*

rante. Mais en réalité la dilatation n'existe d'une façon constante que lorsque les adhérences siègent au niveau du pylore : la dilatation est alors une conséquence de la sténose et non de la périgastrite.

Dans la périgastrite commune des faces ou des courbures avec symphyse étendue, on observe plutôt la rétraction des parois de l'estomac qui est enserré dans une gangue de néomembranes. L'estomac, gêné dans ses mouvements, reste petit, dur, scléreux et c'est à tort qu'on a surchargé la symptomatologie de la périgastrite de troubles qui ne lui appartiennent pas.

On pourrait penser que l'étude du *chimisme gastrique* fournirait des éléments plus précieux de diagnostic.

Mais la périgastrite n'est pas une maladie ; elle est une complication au cours de lésions bien variables et qui influencent le chimisme gastrique d'une façon bien différente d'un cas à l'autre. Bien plus, chez le même malade, les résultats des analyses varient d'un jour à l'autre ; ainsi chez le malade de M. Bouveret (obs. VIII) un premier examen donna comme chiffre d'acidité totale : 3,65 ; or des examens ultérieurs faits à des époques très rapprochées les unes des autres ont successivement indiqué : 2,4 ; 2,1 et 1,67.

Il en est de même de l'examen du sang. Jusqu'à ce jour, cet examen n'a pas été pratiqué dans des cas de périgastrite ; mais à voir le résultat qu'il a donné pour le diagnostic des autres maladies de l'estomac,

il est à présumer que la pratique de l'hématologie ne sera d'aucune utilité dans l'étude clinique de la périgastrite adhésive.

On le voit, la séméiologie fonctionnelle de la périgastrite est vague et les caractères des phénomènes douloureux et des vomissements n'acquièrent une importance au point de vue du diagnostic que par l'analyse minutieuse de certaines particularités comme leur durée, leur ténacité, leur résistance à toute diète et à tout traitement.

C'est à l'examen méthodique des *signes objectifs* qu'il faut demander le complément de certitude pour asseoir le diagnostic. Des différents moyens de recherche des signes physiques *la palpation* est de beaucoup le plus important.

Quand on explore le creux épigastrique d'un malade atteint de périgastrite, il arrive parfois que la palpation profonde permet de percevoir *des frottements localisés* qu'on met en relief en faisant respirer profondément le malade ; ces frottements donnent à la main la sensation qu'on éprouve parfois au palper de la région hypogastrique dans certaines pelvipéritonites tuberculeuses.

Plus souvent que le frottement, la palpation permet de percevoir une induration en nappe, donnant la sensation d'un *blindage sous-pariétal* du creux épigastrique. L'on trouve ce blindage plus ou moins étendu, dans les symphyses antérieures hépato-diaphragmatiques, dans les adhérences avec le côlon transverse et avec la rate. Percute-t-on légèrement,

alors on constate une zone de *matité* nette au niveau du blindage.

Dans certaines symphyses étendues, postérieures, le plastron est senti très profondément et la percussion révèle alors une sonorité due à l'estomac interposé.

Voilà donc deux types cliniques : périgastrite avec sensation de frottement péritonéal, périgastrite avec plaque de blindage épigastrique.

Il y a un troisième type qui a dans l'étude de la périgastrite adhésive une importance capitale de par les erreurs de diagnostic auquel il expose souvent ; nous voulons parler de la périgastrite adhésive à *forme de tumeur*.

Dans certains cas la sensation de plastron dur est si nette, si accusée, les contours de la plaque de blindage si faciles à délimiter qu'on peut croire à l'existence *d'une tumeur maligne*.

Cette tumeur n'est pas due uniquement à des adhérences, il s'agit la plupart du temps d'un vieil ulcère de la paroi antérieure de l'estomac, ulcère qui est entouré d'une gangue épaisse d'adhérences et la sensation de tumeur est d'autant plus nette que souvent l'ulcère et les adhérences ont accolé l'estomac à la paroi abdominale ; la tumeur devient alors superficielle et facilement explorable (voir l'observation IV du professeur Terrier).

Les cliniciens les plus avisés ont confondu cette tumeur, ce « néoplasme inflammatoire » comme l'appelle le professeur Terrier, avec un cancer de

l'estomac. Billroth opère croyant à un cancer ; le premier cas de périgastrite que le professeur Terrier a présenté à la Société de chirurgie (obs. IV) concerne aussi un malade pour lequel le diagnostic porté fut celui de cancer ; dans les observations de Klaussner (obs. XX), dans celle du professeur Segond et dans bien d'autres la même erreur a été commise.

Avant que la périgastrite n'ait été l'objet d'interventions chirurgicales, cette erreur a dû forcément être souvent commise ; il n'y a pas encore longtemps, *tumeur gastrique et troubles digestifs étaient synonymes de cancer*. Les interventions chirurgicales ont montré ce qu'avait d'exagéré cette notion. « On pourrait presque dire que les cas où la tumeur est si nettement sentie ne sont pas des cas de cancer. On comprend que la tumeur maligne de l'estomac qui suit les mouvements de retrait en arrière de l'organe soit moins nettement perçue que des masses fibreuses en connexion directe avec la paroi abdominale. Sans aller jusqu'à prétendre que, lorsque l'on sent très bien une tumeur, qu'il est possible de la bien délimiter, il faut écarter l'idée de cancer, nous dirons qu'il faut se méfier, et que si les antécédents sont plutôt, soit par leur durée, soit par le caractère des accidents en rapport avec un ulcère, on doit songer aux adhérences. » (1).

1. Marion, Thèse, Paris, 1897, p. 33.

La palpation est donc, comme on le voit, d'une importance primordiale pour le diagnostic ; mais elle ne suffit pas et il est des conditions où la palpation seule exposerait à de graves erreurs d'interprétation. Il arrive en effet quelquefois (1) que la paroi épigastrique est tendue, soulevée, rénitente. En arrière de la paroi, des adhérences diffuses ont évolué rapidement, il s'est produit un épanchement. On se trouve en présence d'une ascite cloisonnée sus-ombilicale et cette péritonite enkystée donne tout à fait l'impression d'une péritonite bacillaire avec foyers ascitiques enkystés sus-ombilicaux. A la vérité, cette forme est exceptionnelle et pour ne pas la confondre avec la péritonite tuberculeuse enkystée, on tiendra compte avant tout du passé clinique du malade si caractéristique en cas d'ulcère.

Il est un autre moyen de diagnostic qui peut rendre de grands services : c'est l'insufflation de l'estomac. Elle permet de voir des irrégularités dans la distension et de constater la fixation de certains points de l'estomac. Elle met en rapport la face antérieure de l'estomac avec la paroi abdominale et permet ainsi de sentir les noyaux inflammatoires indurés et le blindage s'il existe ; elle permet de constater le degré de dilatation ou de rétraction, la situation du cardia et du pylore ; enfin grâce à l'insufflation on peut parfois diagnostiquer les parties de l'estomac adhérentes aux viscères ou à la paroi, par-

1. Thèse Langlais. Lyon 1902, obs, I, p. 53.

ties qui restent fixes et ne participent pas à la distension.

Malheureusement, l'insufflation n'est pas toujours exempte de danger ; elle risque de provoquer une perforation ou de rompre aveuglément des adhérences lâches. Aussi faut-il la pratiquer avec précaution ; l'insufflation se fera toujours lentement et s'arrêtera dès que le malade accuse la plus légère douleur.

Ewald conseille comme bon moyen de diagnostic l'éclairage électrique de l'estomac, la gastro-diaphanie ; mais elle n'a pas été pratiquée dans les observations que nous avons pu recueillir.

Evolution. — L'évolution de la périgastrite adhésive dépend avant tout de la lésion qui lui a donné naissance. Dans les cas de néoplasme la périgastrite ne fait naturellement qu'assombrir davantage le pronostic. S'agit-il au contraire d'un ulcus, alors la périgastrite qui débute en général après la période d'état de l'ulcère alors que celui-ci s'est approché de la surface externe de l'estomac, peut évoluer d'une façon bien différente selon les cas.

Des adhérences minces, filamenteuses peuvent se résorber sans laisser de traces ; les adhérences solides ne rétrocedent pas et les symptômes que nous avons décrits persistent plus ou moins longtemps après la cicatrisation de l'ulcère. En général l'évolution est lente, dure des années et se complique çà et là de poussées subaiguës. A mesure que la surface adhérente de l'estomac s'étend, que les adhérences

s'épaississent, les fonctions gastriques sont petit à petit annihilées et les malades aboutissent progressivement par les douleurs et par l'intolérance gastrique, à la cachexie.

Des complications peuvent survenir ; rétention biliaire, étranglement intestinal, ascite, irradiations douloureuses ; ces complications dépendent de l'extension du processus de péritonite adhésive vers le cholédoque, vers la veine-porte, l'intestin, etc.

En résumé, on peut dire que la périgastrite entraîne toujours un pronostic sérieux. Les phénomènes morbides qu'elle provoque ont une marche progressive et conduisent dans les cas graves à une issue fatale que seule la chirurgie peut empêcher.

TRAITEMENT

La périgastrite est dans l'immense majorité des cas une affection chirurgicale. Cela ne veut pas dire que toutes les périgastrites réclament une intervention chirurgicale ; dans beaucoup de cas les adhérences, lorsqu'elles sont lâches, minces, peu nombreuses, peuvent se résorber sans avoir donné lieu à des phénomènes douloureux très appréciables. Il est évident que pour ces cas légers le traitement médical suffit. Nous dirons même qu'au début de l'évolution des fausses membranes, toutes les périgastrites doivent être soumises à un régime diététique sévère, au repos et à une médication calmante appropriée. Par ce traitement médical on améliore l'état de la muqueuse gastrique et les malades sont mis dans de meilleures conditions pour subir l'acte opératoire. On voit notamment les spasmes du pylore s'amender, on diminue la dyspepsie qui accompagne l'ulcère, on rend à l'estomac, s'il est dilaté, un volume plus voisin de la normale et *indirectement* on favorise par ce traitement la résorption des exsudats minces récents.

Il faut donc toujours commencer par soumettre les malades à un traitement médical ; mais si les

phénomènes douloureux persistent, et surtout s'ils s'aggravent, il ne faut pas trop insister ; on perdrait un temps précieux, les malades se cachectiseraient et l'intervention chirurgicale se ferait alors dans de mauvaises conditions.

Donc, dans les vieilles périgastrites qui ont résisté au traitement médical ou dans les périgastrites récentes avec douleurs vives et grande intolérance gastrique, il faut intervenir chirurgicalement. Mais quelle sera l'intervention ?

Le nombre, l'étendue, l'épaisseur, les connexions des adhérences varient d'un cas à l'autre et il est impossible de guérir toutes les périgastrites par un seul et même genre d'intervention.

Mais quelle qu'elle soit, toute intervention exige une laparotomie préalable ; et plus d'une fois, lorsque pour une raison quelconque l'opération s'est bornée à la simple ouverture de l'abdomen, on a vu une amélioration notable du fait seul de la laparotomie. La chose n'a rien d'étonnant ; on connaît depuis longtemps le bon effet curateur de la simple ouverture du ventre dans certains cas de péritonite chronique, notamment dans la péritonite tuberculeuse. Mais en général, l'opération ne se limite pas à une simple ouverture de l'abdomen ; on intervient d'habitude *directement* sur les lésions.

a) Considérons d'abord le cas où l'estomac est fixé soit à la paroi abdominale, soit à un des viscères voisins par des adhérences minces et peu nombreuses. Dans ces cas toute l'opération consiste dans

la *libération des adhérences* ou *gastrolyse* pour employer le terme créé par Von Hacker.

La libération se fait aisément à l'aide de ciseaux ; l'opération est simple, facile, et n'expose à aucun accident. Kelterborn (1) conseille de toucher la surface de section des adhérences au thermocautère et ce, afin d'assécher la surface et d'empêcher la formation de nouvelles adhérences.

Guelliot (2) dans le même but d'éviter la formation de nouvelles adhérences a enduit chez un des malades opérés par lui les surfaces cruentées de vaseline iodoformée. Mais il est beaucoup plus simple d'enfouir les surfaces cruentées à l'aide d'un surjet au catgut fin, après avoir fait l'hémostase par quelques ligatures.

Malgré un enfouissement soigné des surfaces de section il est arrivé que quelque temps après l'intervention l'estomac adhérait de nouveau aux viscères voisins ; la périgastrite récidivait avec tous ses troubles. C'est pourquoi plusieurs chirurgiens, Guelliot entre autres, ont-ils, une fois les adhérences sectionnées, écarté définitivement les organes exposés à réadhérer, par une intervention complémentaire qui a été, selon les cas, une gastropexie, une hépato ou une colopexie.

Dans les périgastrites simples la gastrolyse suivie ou non de la fixation des viscères donne les meilleurs

1. Kelterborn, *in* thèse de Bouquet de la Jolinière, Lyon, 1896.

2. Guelliot. Congrès français de chirurgie, 1896.

résultats et dans la plupart des cas simples, la guérison définitive a été obtenue peu de temps après l'opération.

b) Mais les cas ne sont pas toujours aussi simples ; après laparotomie on tombe sur des exsudats durs, fibreux, très épais, qui se laissent difficilement entamer, qui saignent abondamment et qui adhèrent si intimement à l'estomac qu'on risque au cours des manœuvres de libération d'ouvrir cet organe.

C'est ce qui est arrivé à Tricomi (1) et à d'autres chirurgiens.

L'intervention est alors laborieuse, longue, et demande beaucoup de sang-froid et de patience de la part du chirurgien.

Tant que ces adhérences n'intéressent que la face antérieure de l'estomac ou la petite courbure, la section se fait au moins sous le contrôle de la vue, le champ opératoire est bien exposé et on peut agir avec toute la prudence nécessaire.

Bien autrement difficile est la libération des adhérences qui siègent au niveau de la *face postérieure*. Cette périgastrite postérieure est très fréquente et il faut toujours aller à sa recherche pour la mettre en évidence ; sans cela on ne fera qu'une intervention incomplète et les troubles persisteront après l'opération.

On peut aborder les adhérences postérieures par

1. Tricomi. *Terapia moderna*, 1892, p. 235.

deux voies : ou par l'hiatus de Winslow ou après effondrement du mésocôlon transverse.

Le doigt introduit dans l'hiatus de Winslow permettra d'explorer la face postérieure de l'estomac, de trouver les brides, les exsudats, d'apprécier leur épaisseur et, chemin faisant, d'effondrer quelques tractus fins qui cèdent facilement sous la poussée du doigt.

A la vérité, l'exploration et les manœuvres rétro-stomacales par l'hiatus de Winslow sont très difficiles ; souvent l'arrière-cavité des épiploons n'existe plus, les adhérences ont collé la face postérieure de l'estomac au péritoine pariétal qui tapisse la face postérieure de l'arrière-cavité et de plus, si le doigt peut parcourir l'hiatus, il est dangereux de déchirer des brides sans le contrôle de la vue ; aussi pensons-nous que la voie transmésocôlique proposée par Vautrin (1) est de beaucoup préférable. Voici comment cet auteur conseille de procéder : « On attire en haut l'épiploon et le côlon transverse, qu'on relève vers le diaphragme ; puis rendant accessible le mésocôlon transverse, on l'effondre en arrière des arcades vasculaires, dans un espace dépourvu, comme s'il s'agissait de pratiquer une gastro-entérostomie postérieure. On rend ainsi visible et tangible la face postérieure de l'estomac, que l'on examine attentivement et sous laquelle le doigt glisse aisément à la recherche des adhérences. Celles-ci sont section-

1. Vautrin, *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1903, p. 477.

nées, liées au besoin, quand elles sont lâches et filamenteuses. Si au contraire il existe un accollement étroit du pancréas avec la paroi gastrique ulcérée, c'est encore par la voie que j'indique, que l'intervention est la moins difficile, et au cas où il serait indispensable de réséquer la partie de l'estomac correspondant à l'ulcère, c'est en attirant par l'ouverture mésocôlique la portion à exciser et à suturer ensuite que l'on terminerait le plus sûrement l'opération. »

Lorsque la périgastrite est ancienne et très étendue, lorsqu'il y a une véritable symphyse de l'estomac, la libération peut devenir une opération très grave.

Chez un des malades de Lane (1) l'opération fut si laborieuse, l'hémorragie si abondante, que le malade succomba le deuxième jour. Il ne faut donc pas s'acharner à sectionner des adhérences dans ces cas de symphyse trop étendue, surtout de symphyse de la paroi postérieure.

On risque de blesser les canaux cholédoque et pancréatique ; on ouvre les vaisseaux pancréatiques dont l'hémostase est si difficile, on risque de blesser l'intestin, l'estomac, etc.

C'est dans ces cas d'adhérences étendues que la *gastro-entérostomie* est l'opération de choix ; cette opération pratiquée pour la première fois par Doyen (2) dans un cas de périgastrite (voir obs. XIV)

1. In Hale White, 2^e cas. *Lancet* 1901.

2. Doyen, *loc. cit.*

a été faite depuis, de nombreuses, fois avec succès. Il suffit de libérer quelques centimètres seulement de la face postérieure de l'estomac, pour établir l'anastomose gastro-intestinale.

Eprouve-t-on des difficultés trop grandes pour libérer même la petite surface nécessaire de la paroi postérieure, ou l'état du malade commande-t-il d'aller vite, alors on peut se contenter d'une gastro-entérostomie de la face antérieure.

Quant au procédé d'abouchement, chaque chirurgien a ses préférences.

M. Vautrin (1) remarque avec justesse que le procédé de Roux est préférable à celui de von Hacker. En effet la gastro-entérostomie n'est indiquée que dans les cas de symphyse étendue où la libération des adhérences est trop laborieuse et dangereuse. Or le procédé de Roux demande pour l'abouchement intestinal une surface stomacale moins considérable que le procédé de von Hacker.

c) Dans les différents cas que nous avons envisagés jusqu'à présent nous nous sommes occupé uniquement de la périgastrite proprement dite. Or, au cours d'une laparotomie pour périgastrite il peut arriver qu'après libération des adhérences on tombe sur un *ulcère en voie d'évolution*. Il est évident que dans ces cas, si on borne l'opération à la simple libération des adhérences, la récurrence se produira presque fatalement ; bien plus, si l'ulcère vient à

1. Vautrin, *loc. cit.*, p. 478.

perforer les parois de l'estomac, peu de temps après l'opération, la péritonite de défense n'aura pas eu le temps de se constituer, une péritonite mortelle en sera la conséquence.

Aussi est-il de règle aujourd'hui, toutes les fois qu'au cours d'une laparotomie pour péricarite on trouve les parois de l'estomac altérées par un ulcère en voie d'évolution de *réséquer la partie malade*. C'est ce que fit Billroth, le premier, dès 1888 (1), et depuis nombre de chirurgiens ont suivi son exemple.

Se décide-t-on à l'exérèse de la lésion, alors après libération des adhérences l'estomac est ouvert, la région atteinte est réséquée au bistouri ou au thermocautère et la plaie refermée soigneusement par trois plans de sutures. Cette conduite, libération et résection, évite toute récurrence de péricarite et met l'estomac à l'abri de tout danger de perforation secondaire.

C'est pour avoir respecté la lésion gastrique que plusieurs chirurgiens n'ont eu que des demi-succès à la suite de l'intervention.

Les cas de Codivilla (obs. I), du professeur Terrier (obs. IV), de Mayo Robson (obs. IX), de Faure (obs. XVIII), etc., le témoignent abondamment.

C'est pour la même raison que plusieurs chirurgiens

1. Billroth in von Eiselsberg. *Archif. f. Klin. Chir.*, 1892, p. 674.

giens ont dû intervenir plusieurs fois chez un même malade. Le malade de M. Faure fut opéré trois fois et la guérison ne survint qu'après résection de l'ulcère ; le malade de Guelliot subit trois laparotomies (obs. VI) et Lauenstein dut intervenir deux fois avant d'obtenir un bon résultat.

En résumé, le traitement chirurgical de la périgastrique adhésive doit varier selon les cas. Les adhérences minces, peu étendues, seront traitées par simple libération ; dans les cas invétérés avec adhérences denses, l'opération sera complétée par la résection partielle de l'estomac. Enfin lorsqu'il y a symphyse très étendue où lorsque les adhérences emprisonnent dans une gangue conjonctive dure le pylore et qu'elles produisent la sténose par rétrécissement direct ou par coudure, la gastro-entérostomie sera l'opération de choix.

Après l'intervention, la guérison peut ne pas être immédiate ; les fonctions de l'estomac se rétablissent parfois très lentement ; c'est alors que le traitement médical reprend ses droits. Un traitement médicamenteux, les alcalins surtout, une diététique sévère éviteront bien des récidives et auront rapidement raison des quelques troubles qui ont persisté après l'intervention.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Voir page 18).

OBSERVATION II (Résumée).

(S. Codivilla. — *Gazetta degli Ospitali*, sept. 1888).

Emma F..., 22 ans, de Cesena, a perdu sa mère, les parents de celle-ci et quatre frères de tuberculose pulmonaire.

A 16 ans fièvre typhoïde; réglée à 17 ans, et les règles bien que peu abondantes ont apparu régulièrement jusqu'ici.

Les troubles gastriques ont débuté il y a environ cinq ans, limités d'abord à une sensation de lourdeur d'estomac et d'endolorissement à la pression, survenant peu après le repas et à laquelle faisaient suite des éructations et quelquefois (tous les trois ou quatre jours) des vomissements. La malade prétend n'avoir jamais eu de fièvre. Les phénomènes allèrent en s'aggravant rapidement : la douleur au niveau de la région gastrique devint continue avec maximum d'intensité à la région pylorique, les vomissements se produisirent chaque jour et après chaque repas une demi-heure ou une heure après. Les matières vomies avaient une saveur fortement acide, agaçaient les dents et se composaient exclusivement des aliments ingérés peu d'instants auparavant ; jamais de sang dans ces vomissements.

Tous les traitements tentés (lavage de l'estomac, diète lactée, calmants stomachiques, etc.) étaient restés infructueux.

La malade fut revue à la clinique le 5 juin.

Par l'observation quotidienne de la malade pendant le mois qu'elle passa à la clinique avant l'opération l'on put noter ce qui suit :

La malade vomit chaque jour une demi-heure ou une heure après le repas; la quantité de vomissements ne correspond pas exactement à celle des aliments ingérés : une fois par exemple après l'ingestion de 800 grammes d'aliments liquides et solides dans la journée, la quantité des matières vomies n'a pas dépassé 300 grammes en tout; une autre fois 700 ou 750 grammes. Il n'y a pas eu d'intolérance spéciale pour certains aliments; la malade a vomi également le pain ordinaire et le lait. Soumise pendant une semaine à la diète liquide exclusive (lait, œufs, bouillon), les phénomènes n'ont pas changé.

Le vomissement se produit sans effort; la malade se plaint, pendant cet acte, d'une acidité excessive des matières vomies, qui lui agacent les dents. Peu avant le vomissement elle ressent un endolorissement vague sur toute la région épigastrique et une sensation de pression. Il n'y a aucun point de douleurs vives. Les matières vomies contiennent une certaine quantité d'aliments n'ayant subi aucune action digestive, d'autres en voie de digestion et du chyme en abondance.

La réaction est très acide, pas l'existence d'acides lactique et butyrique; acide chlorhydrique en quantité variable, faible.

Les selles se sont produites tous les huit ou neuf jours, matières fécales formant une masse très dure; la malade faisait pourtant usage de lavements.

La quantité des urines a oscillé entre 500 et 800 grammes par jour; à l'examen chimique et microscopique elles n'ont jamais rien présenté d'anormal.

Laparotomie le 12 juillet 1888.

La malade est transportée dans l'amphithéâtre clinique et endormie au chloroforme. On divise les parois abdominales par une incision de 12 centimètres qui de 3 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde se portait à droite et en bas de façon qu'elle fût distante de 3 centimètres environ de la ligne médiane. On ouvre le péritoine pariétal après hémostase soi-

gneuse des bords de la plaie cutanée ; le foie se présente occupant toute l'étendue de l'incision ; il est repoussé en haut et l'on exécute des tractions sur l'estomac pour l'extraire en partie de la cavité abdominale, mais ce ne fut pas possible ; l'organe le long d'une bonne partie de la petite courbure et dans la région pylorique qui normalement se trouve au contact de la face inférieure du foie avait contracté de telles adhérences avec ce dernier organe que tous les efforts pour le changer de la position qu'il occupait restèrent sans effet.

Alors avec le doigt on tente de libérer les adhérences et beaucoup furent déchirées. On ne put les détacher toutes en ce moment parce que le sang, qui s'écoulait en abondance de la région, fit suspendre l'opération. Mais quand cela fut fait suffisamment pour que la région pylorique pût être en partie extraite de la cavité abdominale et incisée, le professeur Loreta introduisit dans l'ouverture l'index de la main droite ; il ne put atteindre le pylore encore immobilisé sur le foie, mais il lui fut possible, en se servant du doigt comme guide, de glisser dans l'orifice une bougie urétrale n° 8 environ, laquelle passa sans difficulté. Alors, à l'aide de la bougie, il put avec l'index gauche reconnaître le point où étaient tenus adhérents l'orifice pylorique et une partie de la première portion du duodénum, et par les mouvements appropriés les libérer de leurs liens. Ensuite en introduisant une seconde bougie dans l'orifice et en glissant entre les deux doigts, jusqu'à introduire une partie de la première phalange, il put constater que le pylore était largement ouvert.

Guérison opératoire.

Note de l'auteur. — Quelque temps après, l'auteur a reçu des nouvelles de la santé de l'opérée. Elles n'étaient pas aussi bonnes qu'il l'attendait, car la malade racontait dans sa lettre que quelques jours après sa sortie de l'hôpital elle avait été tourmentée de nouveau par de graves troubles gastriques. De même qu'auparavant les aliments ingérés étaient en grande partie vomis peu après le repas.

Il répondit à la malade en lui recommandant chaudement de s'abstenir de tout écart de régime et de s'astreindre de son

mieux aux conseils qu'on lui avait donnés sur le régime à suivre avant son départ de l'hôpital, car il était probable que, se croyant complètement guérie, elle ne s'y était pas scrupuleusement conformée.

OBSERVATION III

(Mayo Robson. — *Transaction of the clinical Society of London*, 1904).

J. W... 18 ans, sans avoir jamais été très fort, et toujours sujet à la dyspepsie, n'avait jamais fait de sérieuse maladie jusqu'à trois ans auparavant ; à ce moment il fut pris de très grandes douleurs dans l'hypochondre droit, douleurs qui duraient deux ou trois heures. Il ne pouvait pas donner la cause de ces accès douloureux qui ne suivaient pas toujours l'ingestion de ses aliments. Après avoir duré quelques semaines, la douleur se serait apaisée, faisant place aux nausées et aux vomissements durant six semaines ; puis alors il aurait été bien portant pendant un mois, mais jamais pendant les trois dernières années il n'aurait été exempt de douleurs pendant plus d'un mois à un mois et demi.

Quelquefois la douleur s'accompagnait de nausées, une fois le malade vomit du sang et plusieurs fois des matières couleur café. Trois mois après son entrée à l'hôpital, la douleur se localisa en un point juste au-dessous de la neuvième côte droite, et cette douleur n'a jamais cessé depuis. Une tumeur pouvait quelquefois se sentir sur les côtes droites pendant l'accès douloureux et disparaissait quand la douleur se calmait. Le malade se plaignait beaucoup d'éruptions pénibles. Il avait eu la jaunisse. Bien qu'il se fût relevé un peu entre ses attaques, l'amaigrissement avait été progressif durant les trois dernières années. Quand je le vis, il était très faible et très amaigri. Après la dilatation de l'estomac, rien d'anormal à noter, et bien qu'il eût une sensibilité très marquée au-dessous du rebord costal droit, on ne pouvait sentir aucune tumeur.

On fit le diagnostic de dilatation d'estomac probablement dépendante d'adhérences du pylore à la vésicule biliaire ; on institua comme traitement des lavages de l'estomac et une alimentation peptonisée, qui seraient suivis d'une opération dans le cas où il n'y aurait pas de mieux.

Le 26 juillet la note suivante fut rédigée : « Pendant la dernière quinzaine, bien que l'estomac fut lavé chaque jour avec une solution faite d'acide borique et de glycérine, le malade souffrit autant que jamais, la douleur survenant la nuit et quelquefois le jour. A l'examen de l'abdomen durant les accès on ne voit ni ne sent aucune tumeur. Il n'y a pas eu de vomissements depuis l'entrée. L'appétit est bon. »

Le 30 juillet, bien qu'il eût repris un peu de poids, le malade avait encore un accès douloureux et était très inquiet, désirant qu'on lui fit quelque chose pour assurer sa guérison.

Opération le 4 août 1892. — On trouve l'épiploon adhérent couvrant la région de la vésicule biliaire comme un voile ; celle-ci fut détachée avec les doigts, dégageant le pylore qui était adhérent à la vésicule biliaire et à la face inférieure du foie ; les adhérences furent facilement séparées et l'hémorragie arrêtée par deux ou trois fils de catgut. Suture séreuse, suture abdominale. La guérison survint sans accident ; cicatrisation par première intention.

Le 15 août, le malade se disait presque libéré de toute douleur et se sentait bien ; il resta au lit trois semaines et fut autorisé à se nourrir. Il retourna chez lui, à la fin de la troisième semaine, ayant engraisé notablement. A Noël il était robuste et faisait un pénible travail de ferme.

En avril 1893, je reçus une lettre de son médecin disant que le malade avait été bien portant jusqu'en février, mais qu'à ce moment il y avait eu retour des douleurs ; sous l'influence d'un traitement général il redevint bientôt mieux. En septembre 1893, il allait très bien.

OBSERVATION IV

(Terrier. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1894, p. 424).
*Néoplasme inflammatoire de la petite courbure de l'estomac
adhérent au lobe gauche du foie et à la paroi abdominale
antérieure, pris pour un carcinome. — Laparotomie explora-
trice, palliative. — Guérison opératoire, puis guérison défini-
tive de la maladie.*

R... Zoé, blanchisseuse, 62 ans, entre dans mon service de Bichat, le 20 février 1893, pour y être traitée de troubles gastriques qu'on suppose être dus à une néoformation stomacale.

Depuis cinq mois, la malade ressent au niveau de l'épigastre une sorte de tension, plutôt que de la douleur véritable. Les digestions sont un peu pénibles, toutefois l'appétit est un peu conservé et il n'y a pas de vomissements ; cependant depuis quelque temps la malade maigrit et s'affaiblit.

Elle aurait rendu du sang noirâtre mêlé aux selles.

Cette femme est bossue et rachitique ; son état général paraît médiocre, elle est très amaigrie et faible. Son poids est de 40 kilogrammes (27 février 1893). Les urines rares (850 gr. pour 24 heures) renferment 14 gr. 20 d'urée.

Par le palper abdominal, on perçoit immédiatement au-dessous du rebord costal gauche, un peu à gauche de l'épigastre, une tumeur dure, arrondie, étalée, du volume d'un gros œuf et qui semble légèrement mobile. L'exploration de cette tumeur ne détermine que fort peu de douleur.

L'estomac ne paraît pas très dilaté, il n'est pas douloureux à la palpation.

S'appuyant sur l'âge de la malade, sur l'existence de quelques troubles gastriques, sur l'amaigrissement notable avec diminution des forces, enfin tenant surtout compte de la tumeur épigastrique, on formule le diagnostic de néoplasme stomacal

occupant probablement la face antérieure ou la petite courbure de l'organe, d'où l'absence de vomissements, et la conservation relative de l'appétit. La laparotomie est décidée.

Opération le 11 mars 1893, avec l'aide de mon collègue et assistant le Dr H. Hartmann. Incision médiane sus-ombilicale ouvrant l'abdomen immédiatement à gauche du ligament suspenseur du foie ; cet organe occupe la partie supérieure de l'incision abdominale. Il adhère ainsi que l'estomac à la face profonde de la paroi abdominale antérieure, à gauche de l'incision. Après décollement de ces adhérences avec le doigt, on peut amener dans la plaie l'estomac dilaté, qui au voisinage de la petite courbure est fusionné avec le côté gauche du foie. En ce point la paroi stomacale est manifestement infiltrée par un néoplasme. A l'aide du bistouri on sectionne un tissu dur, grisâtre, non vasculaire qui s'étend d'un point de la petite courbure peu éloigné du cardia au bord du côté gauche du foie et à la paroi abdominale antérieure, où les adhérences étaient déjà détruites avec le doigt. La surface de section ainsi faite a environ les dimensions d'un pouce d'adulte.

Comme on constate l'existence de ganglions le long de la grande courbure, ganglions ayant les dimensions d'une noisette, on s'en tient à cette libération de l'estomac et on ferme l'abdomen par une suture à trois étages : suture au fil de soie pour le péritoine et les aponévroses, suture au crin de Florence pour les téguments.

Toutefois avant de refermer l'abdomen et après libération du foie, je sectionnai sur la partie de la néoformation en continuité avec l'estomac une petite tranche de tissu pour le faire examiner histologiquement.

Les suites opératoires furent des plus simples, le maximum de la température fut 37°3. L'ablation des fils à suture cutanés (crin de Florence) fut faite le neuvième jour.

Au troisième pansement, c'est-à-dire le vingtième jour environ, tout était absolument terminé.

La malade sortit de l'hôpital le quarante-huitième jour.

Lors de sa sortie elle souffrait encore au niveau de l'hypocondre gauche et ces douleurs ont persisté, dit-elle, pendant

près de six mois. Ces douleurs apparaissaient vers 11 heures du matin et cessaient le soir, en même temps se produisaient des vomissements aqueux. Appétit toujours diminué avec dégoût du vin et de la viande.

Puis peu à peu ces accidents disparurent et actuellement (3 mars 1894) la malade ne souffre plus, mange et digère bien, et sauf quelques troubles intestinaux de diarrhée elle se porte bien et pèse 45 kilogrammes.

La cicatrice longue de 8 centimètres s'étend de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. A son niveau on ne constate ni éventration, ni induration. Pas de douleurs abdominales, pas de tuméfaction profonde appréciable.

Remarques. — Comme on peut le remarquer de suite, l'état actuel de notre opérée n'est nullement l'état d'une femme atteinte d'une lésion organique de l'estomac. Ceci s'explique, en effet, par le résultat de l'examen histologique du fragment de tumeur que j'ai incisé. Celui-ci est formé exclusivement par des tissus fibreux, et ne contient pas de traces de néoplasme épithélial, ainsi que l'a constaté M. le D^r Morax, alors mon interne.

Il ne s'agissait donc pas d'un néoplasme malin de l'estomac, mais bien d'un véritable néoplasme inflammatoire.

Quelle pouvait être l'origine de cette tumeur inflammatoire?

La chose est assez difficile à résoudre, toutefois on peut penser à la pathogénie suivante :

Ulcère de l'estomac siégeant vers la petite courbure et ayant, par suite de poussées péritoniques, donné naissance à des adhérences multiples à la

paroi abdominale antérieure et au lobe gauche du foie.

Ces adhérences ont déterminé ces masses dures prises pour une néoformation épithéliale. Puis l'ulcère a guéri et, probablement par suite de la libération opératoire du foie et de l'estomac, les fonctions se sont rétablies peu à peu à l'état normal.

OBSERVATION V

(Terrier. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1894, p. 693).

M^{me} L... G..., née Clémentine B..., ménagère âgée de 58 ans demeurant à Paris, entre le 4 mai 1894 dans mon service de chirurgie de l'hôpital Bichat.

Il y a dix ans au moment de la ménopause la malade fut prise de vomissements survenant presque après chaque repas ; ils étaient alimentaires et succédaient à une pesanteur d'estomac. Ces accidents durèrent trois mois sans d'ailleurs amener un amaigrissement de la malade puis s'amendèrent.

Elle put alors reprendre ses occupations et pendant deux années sa santé fut assez bonne.

Au bout de ce temps, nouveaux vomissements alimentaires durant quelques jours ; mais, fait important à noter, c'est qu'à cette date la malade fut prise subitement dans la journée d'une abondante hématemèse.

Le régime lacté lui fut conseillé mais le liquide était aussitôt vomi, si bien que, au bout de huit jours, on dut avoir recours aux lavements nutritifs qui furent continués quatre jours. A ce moment les selles de la malade furent fortement colorées en noir par du sang, il y eut du méléna. La malade put ensuite s'alimenter peu à peu et fit un séjour au bord de la mer de trois

mois, mangeant bien et ne ressentant plus rien du côté de l'estomac.

Pendant trois années M^{me} L... resta bien portante lorsque au mois d'octobre dernier (1893) elle fut prise de vomissements alimentaires ; parfois il y eut des vomissements aqueux, jamais bilieux ou teintés de sang.

Malgré le traitement qu'il lui fut prescrit et consistant surtout dans l'ingestion de cachets médicamenteux, la malade continue à vomir d'une façon en quelque sorte intermittente ressentant alors et pour la première fois des douleurs sourdes à la région épigastrique, douleurs d'ailleurs non continues. Enfin la malade maigrit d'une façon notable.

Les antécédents sont à peu près négatifs, sauf des crampes d'estomac dès la jeunesse.

L... a eu quatre enfants qui vivent tous. Elle a perdu ses frères et ses sœurs en bas âge, sa mère est morte probablement de la grippe à la Salpêtrière, elle ignore la cause du décès de son père. M^{me} L... fut mise au régime lacté et exclusif, dès son entrée à l'hôpital, et les vomissements furent un peu calmés.

L'amaigrissement est assez notable, la malade ne pèse que 40 kilogrammes ; les urines sont rares, 300 centimètres cubes en vingt-quatre heures, elles sont acides, d'une densité 1020 renferment 18 grammes d'urée par litre, pas de sucre, pas de bile ni d'albumine. La température oscille entre 36°8 et 37°2.

L'exploration de la région épigastrique révèle un léger empâtement d'ailleurs indolore à la pression et de la submatité ; on y perçoit très nettement les battements de l'aorte, ce qui tient à la maigreur de la malade. Il existe des signes de dilatation de l'estomac, sonorité exagérée de la région gastrique et sensation de flot de liquide dans le ventricule avec gargouillement.

L'examen du foie est presque négatif, il paraît un peu hypertrophié ; le sein droit, par le palper bimanuel, sensible, un peu gros et légèrement mobile.

L'auscultation du thorax est négative, sauf un léger souffle au premier temps du cœur.

Pas de ganglions sus ou sous-claviculaires.

En somme, sauf un léger empâtement diffus de la région

épigastrique à ce niveau, les phénomènes physiques sont assez peu accusés et c'est sur les accidents fonctionnels anciens et récents que nous nous appuyons pour intervenir, soupçonnant soit une néoformation, soit des adhérences à la suite d'une ulcération stomacale qui s'est manifestée par cette hématomérose unique et déjà ancienne.

L'opération fut faite le 19 mai 1894 avec l'assistance de mon collègue des hôpitaux, le Dr Hartmann, et de M. Jourdan, interne de service. Anesthésie au chloroforme par M. le Dr Bourbon.

Incision médiane sus-ombilicale et on passe à travers l'insertion abdominale des ligaments, suspension du foie.

On constate une petite induration au niveau de la portion cardiaque de l'estomac et surtout des adhérences laméliformes fibreuses et comme formées de petites cordelettes entre la face antérieure de l'estomac au voisinage du cardia et de la face inférieure du lobe gauche du foie. Ces adhérences sont déchirées ou sectionnées ; une seule saigne au niveau de sa partie stomacale et est liée avec la soie stérilisée. D'autres adhérences existant entre la face supérieure du lobe gauche du foie et la face inférieure du diaphragme sont abandonnées.

L'examen du pylore et du côlon transverse est absolument négatif.

La section abdominale longue de près de 10 centimètres est réunie par deux plans de suture : les unes profondes à la soie stérilisée et comprenant le péritoine et les aponévroses de la paroi, les autres superficielles au crin de Florence pour les téguments.

L'opération a duré environ trois quarts d'heure. Pansement aseptique pur avec une compresse et de l'ouate stérilisée.

Guérison complète : disparition totale des douleurs. La malade a été revue par M. Hartmann le 16 septembre de la même année. Elle se porte très bien, les digestions sont normales, l'appétit est excellent ; elle a engraisé et la palpation permet de constater que le ventre est souple et indolore et qu'il ne présente aucune induration profonde.

OBSERVATION VI (Résumée).

(Guelliot. — *Union méd. du Nord-Est*. Reims, 1896).

M. C..., 55 ans, reçoit en 1888 un coup de pied de vache dans l'épigastre à la suite duquel le malade rendit du sang dans ses garde-robes et présenta des phénomènes de péritonite.

Depuis 1893 le malade souffre très fréquemment de l'estomac ; les douleurs augmentent dans la station debout pour s'amender lorsque le malade est couché. Amaigrissement notable.

Laparotomie en juillet 1893 ; le côlon est soulevé en son milieu par une bride. Section de cette bride. Les troubles gastriques disparaissent momentanément, puis reviennent avec la même intensité qu'avant l'intervention.

Deuxième laparotomie le 18 octobre. On trouve une symphyse très étendue de l'estomac avec la paroi abdominale et avec la face inférieure du foie.

On sectionne les adhérences, et pour empêcher la récurrence M. Guelliot enduit les surfaces cruentées de vaseline iodoformée. Aucune amélioration, les phénomènes douloureux persistent. Troisième laparotomie le 27 juin 1896. L'estomac est noyé dans une masse de tissu conjonctif. On libère le plus possible et on termine par une gastro-entérostomie suivie d'une colopexie.

Au bout de trois mois, la guérison fut parfaite, toute douleur avait disparu.

OBSERVATION VII (Résumée).

(Guelliot. — *Union Médicale du Nord-Est*. Reims, 1896).

M^{me} D..., 42 ans. Il y a sept ans, la malade a présenté des signes certains d'ulcus. Actuellement la malade est sujette à des crises douloureuses incessantes de la région épigastrique.

Laparotomie le 3 octobre 1895. L'estomac est adhérent à la face inférieure du foie et au grand épiploon. Section des adhérences.

L'estomac étant très dilaté, on fait une gastroplicature ; enfin pour éviter la récurrence, M. Guelliot fait une hépatopexie en passant un catgut au niveau du bord antérieur du foie relevé d'une part, et l'angle supérieur de la plaie abdominale d'autre part.

Guérison complète.

OBSERVATION VIII (Résumée).

(De M. Bouveret. — *In* thèse de Bouquet de la Jolinière.
Lyon, 1896, p. 46).

C. M..., 50 ans, épicier ; à l'âge de 35 ans il commença à souffrir après les repas ; très souvent il avait des vomissements aigres qui lui agaçaient les dents et qui le soulaçaient beaucoup. Au début ces douleurs n'étaient pas continues ; elles duraient un mois, puis disparaissaient pendant deux mois, revenaient au bout d'un mois et demi, duraient un mois ou deux, etc...

A la suite d'un séjour à Vichy, période de calme d'une durée de deux ans.

Mais depuis un an, les douleurs ont reparu ; les vomissements sont fréquents, le malade a maigri un peu. L'appétit est conservé.

A l'examen : Clapotage très fort à jeun ; l'insufflation moyenne permet de constater que le *pylore est fixé au foie*, Soumis au traitement alcalin, le malade n'en retire aucun bénéfice ; les douleurs restent vives, il a eu six vomissements en neuf jours. Par la sonde on retire le matin 300 centimètres cubes de liquide gastrique contenant des débris alimentaires.

Diagnostic clinique. — Sténose du pylore, ancien ulcère, adhérences du pylore au foie. Opération par M. Jaboulay.

Après laparotomie on parvient facilement sur la face anté-

rieure de l'estomac *reliée au péritoine pariétal* par de fines adhérences rapidement détruites au doigt sans hémorragie notable. Pour arriver sur la région pylorique il est nécessaire de détruire également au doigt d'autres adhérences qui établissent une véritable symphyse entre cette région et les organes voisins, principalement la face inférieure du foie. On peut constater alors par invagination des parois duodénale et prépylorique que le calibre du pylore, quoique diminué, est encore suffisant pour permettre le passage des aliments. L'intervention n'est pas poussée plus loin. M. Jaboulay espère que la destruction des adhérences suffira à rétablir la canalisation pylorique. Suture de la paroi.

Guérison opératoire, mais les douleurs bien que diminuées persistent néanmoins.

OBSERVATION IX (Résumée).

(Mayo Robson. — *Lancet*, 1901, p. 1473).

Homme, 56 ans. Périgastrite avec adhérences de l'estomac au foie et à la paroi abdominale. Laparotomie.

La libération des adhérences étant très difficile à cause du grand nombre des tractus fibreux et de la grande étendue de la symphyse, on fait séance tenante la gastroentérostomie.

Guérison avec disparition des phénomènes douloureux.

OBSERVATION X

(Walther. — *In thèse Marion*. Paris, 1897, p. 140).

M... Joséphine, âgée de 28 ans.

Vomissements. Intolérance gastrique absolue.

Tumeur facilement appréciable dans la région épigastrique à droite de la ligne médiane.

Diagnostic. — Carcinome de la face antérieure de l'estomac. M. Walther ne se résout à l'opération que sur les instances de M. Talamon.

Opération le 4 août 1894. Ethérisation.

Incision de 10 centimètres parallèle au rebord costal gauche. Tumeur englobant le foie, l'estomac, l'intestin.

Tentatives infructueuses de décollement. On s'arrête à cause de l'hémorragie en nappe.

Suture de la paroi abdominale.

Dès le lendemain, la malade garde les liquides.

Sort le 16 août.

Revue le 22 décembre en parfait état général. Les digestions sont bonnes ; il n'y a plus de tumeur appréciable. Du 25 juillet au 21 décembre, elle a augmenté de 21 kilos.

En mars 1897, trois ans après l'opération, la malade se porte bien.

Elle n'a jamais souffert depuis l'opération.

Depuis elle a eu un enfant.

OBSERVATION XI

(Vautrin. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1903, p. 477).

Femme, âgée de 43 ans, qui présentait des vomissements incessants, parfois des hématemèses, et qui avait beaucoup souffert depuis longtemps d'un ulcère de l'estomac. On trouve après laparotomie, un estomac très dilaté et le pylore entouré d'adhérences qui le fixaient profondément. L'hiatus était comblé et la partie postérieure de l'antra prépylorique, par laquelle l'ulcère se trouvait, était cachée au milieu d'exsudats qui s'étendaient au-dessous de l'épiploon gastro-côlique vers le pancréas. Les vaisseaux étaient très dilatés à la surface de cet épiploon et le seul chemin facile qui se présentait était la voie rétro-côlique. On effondre au doigt ce méso et on tombe sur des adhérences

qui se laissent facilement déchirer. On put libérer toute la face postérieure de l'estomac. Le résultat fut excellent et la guérison s'est maintenue complète et définitive.

OBSERVATION XII (Résumée).

(Hahn in Hainebach. — *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1897, p. 657).

Hahn opéra une malade qui souffrait depuis de nombreuses années de douleurs gastriques violentes et d'hématémèse. A la laparotomie on trouva cinq cordons fibreux qui reliaient l'estomac à la paroi abdominale antérieure. On les sectionna entre deux ligatures. La malade guérit complètement ; les douleurs disparurent totalement.

OBSERVATION XIII

(Hahn in Hainebach. — *Deutsche Med. Woch.*, 1897, p. 657).

Femme, âgée de 40 ans, qui présenta il y a dix-sept ans tous les signes d'ulcère. Depuis treize ans apparaissent très souvent des vomissements et dans les derniers temps la malade se plaint d'une violente douleur continue à la partie gauche de l'épigastre. Laparotomie. On trouve une solide adhérence entre la face antérieure de l'estomac et le lobe gauche du foie ; de plus il y avait une corde fibreuse épaisse s'insérant à la fois à l'estomac au lobe gauche du foie et à la paroi abdominale. Cette corde fut sectionnée, on ne toucha pas à la symphyse gastro-hépatique. Les douleurs disparurent complètement aussitôt après l'intervention pour réapparaître quelques mois plus tard.

Deuxième laparotomie qui montra que la périgastrite avait

récidivé. Nouvelle section de nombreuses adhérences suivie cette fois d'une guérison définitive.

OBSERVATION XIV

(Doyen. — *Traitement chir. des affections de l'estomac et du duodénum*).

19 juillet 1893. — Homme, 33 ans.

Le malade atteint depuis longtemps d'un ulcère de l'estomac, et présentant tous les symptômes classiques, est dans un tel état de cachexie qu'il vient d'être atteint d'une phlébite double des membres inférieurs.

L'opération est pratiquée presque *in extremis*. Péritonite sus-ombilicale. Il fallut décoller le foie du côlon et de l'estomac pour mettre à nu les quelques centimètres nécessaires à l'établissement du nouveau pylore. La gastroentérostomie fut pratiquée avec de grandes difficultés.

Guérison.

OBSERVATION XV (Résumée).

(Mayo-Robson. — *Lancet*, 1901).

Homme, 56 ans. Douleurs gastriques rebelles à toute médication. Laparotomie. On trouve des adhérences étendues de la face antérieure de l'estomac avec le foie et la paroi abdominale. On essaie de libérer les adhérences sans y parvenir. On fait alors une gastroentérostomie. Guérison complète.

OBSERVATION XVI (Résumée).

(Vautrin. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1903, p. 185).

Homme âgé de 45 ans, ayant eu il y a quinze ans un ulcère de l'estomac. Depuis quelques mois les vomissements, d'abord intermittents, sont devenus plus fréquents et alimentaires. Mais ce qui domine la situation, ce sont des douleurs très vives qui surviennent après le repas et se terminent au bout de deux à trois heures par des vomissements que le repos et les médications les plus variées ne peuvent éviter. Le malade est bien maigre ; il marche courbé en avant à cause des souffrances que lui occasionne la station debout.

Laparotomie pratiquée le 24 mai 1902. Symphyse totale de l'estomac ne permettant aucune libération. Gastro-entérostomie de Roux.

Cinq mois après l'opération, le malade a pu reprendre ses occupations, a bon appétit, digère bien, a repris de l'embonpoint et marche le corps bien droit. A la palpation, on trouve encore une induration épigastrique profonde, mais indolente et beaucoup moins perceptible et étendue qu'autrefois. On peut dire sans exagération que la guérison est aujourd'hui presque parfaite, bien que la périgastrite existe encore dans une certaine mesure.

OBSERVATION XVII (Résumée).

(M. Jaboulay. — *In thèse de Pinatelle*, Lyon, 1902).

Homme, 42 ans. Signes d'ulcère de l'estomac dans le passé du malade. Actuellement douleurs et vomissements. Une première intervention se borne à la libération partielle d'adhé-

rences qui unissent la face antérieure de l'estomac à la paroi abdominale et à la face inférieure du foie. Aucune amélioration. Au cours d'une seconde intervention, M. Jaboulay après un essai infructueux de libération des adhérences fit une gastro-entérostomie. Expulsion du bouton au treizième jour. Guérison. Les phénomènes douloureux ont complètement disparu.

OBSERVATION XVIII

(Obs. de M. Merklen et Faure, *in* thèse Dupouy. Paris, 1897).

G..., infirmier, entre le 10 novembre 1896 dans le service de M. Merklen, avec des phénomènes péritonéaux aigus par suite de la perforation d'un ulcère de l'estomac. A la suite de cette perforation se développa un abcès sous-phrénique pyogazeux incisé par M. Delbet le 2 décembre.

Les suites opératoires furent des plus simples ; mais à partir du mois de janvier 1897 les douleurs ont recommencé et depuis elles ne l'ont quitté un seul jour.

Ces douleurs surviennent constamment après l'ingestion d'un aliment quelconque, même du lait ; elles s'exagèrent manifestement par la marche et la station debout.

Les douleurs persistent malgré un traitement rigoureux de quatorze mois.

Laparotomie par M. Faure : On trouve l'estomac entouré de tous côtés de brides membraneuses et d'adhérences qui furent immédiatement sectionnées. Mais on ne toucha pas à une adhérence qui réunissait la petite courbure près du cardia à la face inférieure du foie.

Disparition des douleurs pendant quinze jours, puis la sensibilité douloureuse reparut et enfin les crises revinrent aussi.

Troisième intervention le 10 juin 1898.

On trouve le foie intimement uni à l'estomac au niveau du cardia par des adhérences solides et serrées. La partie du foie sur laquelle elles s'attachaient fut réséquée à l'aide du thermo-

cautère et la plaie hépatique fut fermée par deux ou trois points de suture au catgut. Puis l'ulcère fut circonscrit au thermo-cautère et réséqué ; fermeture de la plaie stomacale et abdominale.

Cette fois la guérison fut complète ; le malade n'éprouve aucune douleur et il se nourrit de trois litres de lait par jour.

OBSERVATION XIX (Résumée).

(V. Eiselsberg. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1889, p. 39).

Femme, 50 ans. Souffre depuis quatorze ans de son estomac ; hématemèse il y a cinq ans. Depuis neuf mois la malade avait remarqué qu'il se formait lentement une tumeur au-dessous du rebord costal gauche ; elle commença en même temps à maigrir. Ces derniers temps les douleurs étaient surtout très vives après les repas.

Diagnostic. — Tumeur maligne probable.

Opération le 4 décembre 1888 (Billroth). — Après laparotomie on tombe sur une tumeur dure, adhérente à la face profonde de la paroi et à la face antérieure de l'estomac.

Excision en masse de la partie indurée. Suture de la plaie stomacale ; l'excision en masse a créé une perte de substance au niveau du péritoine, des muscles et des aponévroses de la paroi abdominale. Cette perte de substance ne peut être que diminuée par la suture. L'orifice qui reste est fermé avec de la gaze iodoformée.

L'examen histologique de la pièce montra qu'il s'agit d'une tumeur purement inflammatoire. La guérison se fit sans incident et tous les phénomènes morbides disparurent complètement.

OBSERVATION XX (Résumée).

(Klaussner. — *Munchener medizinische Wochenschrift*,
15 sept. 1896).

M... S..., femme de chambre, âgée de 21 ans, présenta en 1891 des signes manifestes d'ulcère de l'estomac. Après une accalmie complète de quelques mois les douleurs reparurent, et depuis trois ans les douleurs sont continues, en même temps qu'ils survient des crises paroxystiques. De temps en temps des vomissements.

L'examen sous chloroforme permet de constater une masse indurée, aplatie, de l'étendue d'une petite assiette, limitée en haut par le sternum et le rebord costal et se continuant en bas sans limite précise avec la résistance des muscles de la paroi abdominale.

Opération le 29 février 1896. — On tombe sur un tissu cal-leux, dur ; en essayant de détacher le plastron il se fait une déchirure de l'estomac.

Comme on ne pouvait entreprendre une opération plus sérieuse sans le consentement de la malade, on bourra l'orifice avec de la gaze et on ferma en partie la plaie.

Quelques jours après, deuxième intervention : on libère les adhérences, l'estomac est attiré dans la plaie, la tumeur gastrique fut excisée et la plaie stomacale suturée. Suture de la paroi.

Guérison complète ; six mois après l'opération la malade digérait bien, ne souffrait plus du tout et put sans difficulté travailler comme domestique.

OBSERVATION XXI (Résumée)

(Tricomi. — *Terapia moderna*, 1892, p. 235).

Adhérences étendues entre le foie et la petite courbure de l'estomac. Gastrectomie partielle rendue nécessaire par l'ouverture de l'estomac pendant la libération.

Guérison.

OBSERVATION XXII (Résumée)

(Lange. — *New-York Med. Journal*, 1892, p. 584).

Néoplasme inflammatoire étendu avec adhérences. Libération des adhérences. Excision de l'estomac.

Guérison.

CONCLUSIONS

La périgastrite adhésive est une complication fréquente des maladies de l'estomac.

Parmi les lésions qui provoquent la formation d'adhérences périgastriques : l'ulcère simple de l'estomac est de beaucoup la plus fréquente ; viennent ensuite : le cancer, la linité plastique, la tuberculose de l'estomac et le traumatisme chirurgical ou spontané des parois gastriques.

Des lésions extrinsèques à l'estomac peuvent aussi provoquer la formation d'exsudats périgastriques : telles les cholécystites, l'ulcère du duodénum, la pancréatite chronique, la tuberculose péritonéale sus-ombilicale.

Les adhérences périgastriques sont tantôt limitées, tantôt très étendues et aboutissent alors à une véritable symphyse de l'estomac.

Les troubles provoqués par les adhérences périgastriques sont dus tantôt à la gêne dans la distension et les mouvements péristaltiques de l'estomac ; tantôt à la dilatation provoquée par les tiraillements exercés sur les parois de l'estomac ; tantôt aux changements de l'axe de la direction et de la situation de l'estomac ; tantôt enfin à la compression de la région pylorique et des organes voisins.

Parmi les formes cliniques de la périgastrite il y a

intérêt à connaître la périgastrite « à forme de tumeur » ; contrairement à une notion très répandue encore, les tumeurs de l'estomac sont peut-être plus souvent observées dans les cas de périgastrite avec vieil ulcère de l'estomac que dans les cas de cancer.

Le pronostic varie avec l'étendue et l'ancienneté des adhérences ; dans la périgastrite invétérée le pronostic est toujours sérieux, les malades aboutissant sans traitement approprié à la cachexie.

La périgastrite est une affection essentiellement chirurgicale.

Dans la plupart des cas, il faut pour guérir la périgastrite, intervenir chirurgicalement.

L'intervention doit varier selon les cas.

Les adhérences minces, peu étendues, seront traitées par la simple libération avec enfouissement séreux des surfaces cruentées.

Dans les cas graves à forme de « néoplasie inflammatoire », l'opération sera complétée par la résection partielle des parois de l'estomac.

Enfin, lorsqu'il y a symphyse très étendue, ou lorsque les adhérences emprisonnent le pylore et provoquent des troubles de sténose, la gastro-entérotomie sera l'opération de choix.

Vu : le Président de la thèse,

SECOND

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRAL. — Précis d'Anatomie physiologique.
- BRINTON. — Maladies de l'estomac, 1870.
- BONNERET. — Traité des maladies de l'estomac, 1893.
- BOUQUET de la JOLINIÈRE. — Thèse Lyon, 1896.
- Adhérences péritonéales douloureuses.
- BILLROTH. — In von Eiselsberg. Arch. f. Klin. Chirurgie, 1892, p. 674.
- CODIVILLA et LORETTA. — Gazzetta degli Ospidali, 1888.
- DUPOUY. — De la périgastrite adhésive par ulcère de l'estomac. Thèse Paris, 1898.
- GUELLIOT. — Congrès français de Chirurgie, 1896.
- HAHN. — In Hainebach Deut. Med. Wochenschrift, 1897.
- LANGE. — New-York med. Journal, 1892.
- LAUENSTEIN. — Deut. med. Wochenschrift, 1897.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Bull. et mém., Soc. chir., 31 octobre 1894.
- LANGLAIS. — Thèse, Lyon, 1902. De la Périgastrite adhésive dans l'ulcère de l'estomac.
- MAYO ROBSON. — Transaction of. the clinic Society, 1894 et the Lancet, 1901.
- MARION. — De l'intervention chirurgicale dans le cours et dans les suites de l'ulcère simple de l'estomac, Thèse, Paris, 1897.
- PINATELLE. — Th., Lyon, 1902.
- TERRIER. — Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie, 1894.
- VAUTRIN. — De la Périgastrite adhésive. Revue de Gynéc. et de chir. abd., 1903.